

過誤申立書（障害福祉サービス）

年 月 日

菰野町長 宛て

事業者番号	
事業者名	印
電話番号	
担当者名	

請求に過誤がありましたので、下記のとおり申し立てます。

受給者氏名	受給者番号	サービス提供年月	請求年月	様式番号	事由番号	サービスの種類・過誤の具体的内容	再請求予定年月
		年 月	年 月				
		年 月	年 月				
		年 月	年 月				
		年 月	年 月				
		年 月	年 月				
		年 月	年 月				
		年 月	年 月				

様式番号

番号	様式
10	介護給付費・訓練等給付費等明細書（共同生活介護・共同生活援助を除く）（様式第二）
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書（共同生活介護・共同生活援助）（様式第三）
21	サービス利用計画作成費請求書（様式第四）
30	特例介護給付費・特例訓練給付費明細書（様式第六）
50	地域生活支援事業明細書

事由番号	申立事由
01	受給者台帳誤りによる市町村申立の過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
09	時効による市町村申立の取り下げ
11	台帳誤りの修正による事業所申立の実績取り下げ
32	提供実績記録票誤りによる実績取り下げ
33	上限の誤りによる実績取り下げ
90	その他の事由による台帳過誤
99	その他の事由による実績取り下げ